

**ORIGINALES****EVALUACION Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS DE ATENCION PRIMARIA REALIZADAS EN CENTROS DE SALUD DE MURCIA****Juan Francisco Menárguez Puche, Pedro J. Saturno Hernández, David Gómez-Calcerrada Berrocal, Juan A. Sánchez Sánchez y José Saura Llamas**

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina. Murcia.

**RESUMEN**

**Fundamento:** Describir el Programa y Método Evaluativo por objetivos cuantificados de la docencia práctica sobre Atención Primaria en Pregrado.

**Métodos:** Diseñamos 6 objetivos a cumplir por los alumnos durante sus prácticas en 3 Centros de Salud. El curso 90-91 evaluamos la homogeneidad intercentros y la dificultad para alcanzar objetivos inter e intracentros.

Con estas mediciones analizamos el proceso docente introduciendo modificaciones estructurales para mejorar la homogeneidad intercentros.

En el curso 91-92 usamos las mismas mediciones, añadiendo la comparación entre ambos años.

**Resultados:** El primer año detectamos diferencias en la media de puntuación ( $p < 0,00005$ ) y realización de objetivos intercentros ( $p < 0,01$ ). La dificultad de cada objetivo intracentro también presentó diferencias ( $p > 0,001$ ).

Tras las medidas correctoras mejoraron las diferencias de calificación y se homogeneizaron los dos objetivos más dispares.

Disminuyeron de forma global la dificultad de objetivos inter e intracentros.

**Conclusiones:** Las metodologías de objetivos cuantificados y garantía de calidad son válidas para usarlas en medios docentes.

**Palabras Clave:** Docencia Pr ctica. Evaluación y mejora de la Calidad. Atención Primaria. Centros de Salud.

**ABSTRACT****Quality Evaluation and Improvement of Practical Training in Primary Health Care Performed at Health Centers in Murcia**

**Background:** To describe the Public Health in Primary Health Care practice for medical students Program objectives, quality of training evaluation method, and implementation results.

**Methods:** 6 learning objectives were designed and training implemented in 3 Health Centers in the 90-91 academic course. Evaluation included the objectives level of difficulty, and homogeneity in achievement rates between objectives, within Centres and between Centres. Evaluation results were analyzed and used to design changes to increase homogeneity and achievement rates. Same evaluation was performed in the 91-92 academic course to document improvement.

**Results:** In the first evaluation there were highly significant differences in overall ( $p < 0,00005$ ) and by objectives ( $p > 0,01$ ) achievement rates between centers. Within centres between objectives difficulty was not homogeneous either ( $p > 0,001$ ). After implementing remedial actions, differences in difficulty and achievement rates within and between centres decreased. Increased homogeneity affected mostly to two previously less homogeneous objectives.

**Conclusions:** Quality assurance methods can be successfully applied to improve training of clearly defined and quantified Primary Health Care learning objectives.

**Key words:** Practical training. Quality evaluation and improvement. Primary Health Care. Health Centers.

**INTRODUCCION**

El desarrollo del nuevo modelo de Atención Primaria en España ha permitido el co-

nocimiento, por parte de la población, de una atención sanitaria, en sus niveles básicos, diferente y de mayor equidad<sup>1</sup>. Este aspecto, junto a las tendencias internacionales en materia de formación<sup>2,3</sup>, ha generado una demanda social sobre cualificación, acorde con el tipo de atención que luego se desarrollara profesionalmente. La situación se ha plasmado en la integración de los Centros de Salud en la Universidad, como vía de adquisición de aspectos formativos diferentes a los clásicamente impartidos en nuestras facultades (R.D. 1558/1986, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades e instituciones sanitarias y orden del 21 de Junio de 1989 por la que se aprueba el concierto entre la Universidad de Murcia e Insalud). En este marco se ha venido desarrollando, de forma desigual en las diferentes Universidades españolas, la docencia específica en Atención Primaria. En la Universidad de Murcia se realiza fundamentalmente a través de la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública y se imparte en la actualidad a los estudiantes de 6.º curso.

Al diseñar actividades docentes, se parte de la base de que el objetivo de la docencia no es la enseñanza sino el aprendizaje<sup>4,5</sup>. Dentro de este proceso, la adquisición de habilidades se hace tan importante como la de conocimientos en el desarrollo de una formación adecuada del profesional<sup>6,7</sup>. La docencia a través de clases prácticas en grupos, parece un método idóneo para la adquisición conjunta tanto de conocimientos como de habilidades<sup>8</sup>.

Los programas docentes, para cumplir sus objetivos, deben estar sometidos a un proceso continuo de perfeccionamiento y adecuación<sup>9</sup>. La realización de dicho proceso necesita, de forma indispensable, una evaluación de forma continuada que nos permita identificar problemas para corregirlos, mejorando de forma continua el proceso de aprendizaje. Una evaluación completa incluiría las percepciones subjetivas del alumno, las condiciones y desarrollo objetivo del proceso docente y el producto de la educación<sup>10</sup>. En

nuestro estudio partimos de una evaluación del producto, complementada con el análisis de determinadas características relevantes y objetivables del proceso docente desarrollado.

Pero, ¿evaluar para qué? Una de las utilidades fundamentales de la evaluación es obtener información que nos permita modificar la enseñanza<sup>11</sup>. En definitiva, empleamos el método de evaluación y mejora de la calidad aplicado a la docencia<sup>12,13</sup>, lo que nos permitió corregir los problemas detectados, consiguiendo una mayor fiabilidad en las condiciones del aprendizaje<sup>6</sup> y que el proceso educativo se pudiera realizar de forma homogénea.

En resumen, lo que presentamos es una experiencia que consideramos útil a los siguientes niveles:

I) Como descripción del proceso docente de las prácticas de Atención Primaria realizadas en los tres Centros de Salud de Murcia, concertados con la Universidad.

II) Describir la puesta en marcha y operatividad de nuestro medio del sistema evaluativo por objetivos docentes.

III) Evaluar las prácticas desde el punto de vista de su resultado y parcialmente proceso, proponiendo modificaciones para su mejora, evaluando a su vez el impacto de sus modificaciones para decidir sobre acciones futuras. Este último componente lo presentamos como una fusión necesaria y provechosa de la evaluación docente tradicional, incorporada a los métodos y filosofía de la evaluación y mejora de la calidad de los productos y servicios en general.

## MATERIAL Y METODO

Realizamos un estudio sobre la Docencia práctica impartida a los alumnos de 6.º curso, durante el curso 90-91 y tras introducir medidas correctoras 91-92. Entre los distintos aspectos analizables en la docencia, nos centramos en la evaluación de los resultados en base a los objetivos previamente determinados y conocidos por los alumnos. De for-

ma indirecta, a través de su análisis sistemático, analizamos el proceso aplicado a las practicas sobre Medicina Familiar y Comunitaria (MF y C) de los alumnos de 6.º curso. El lugar donde se desarrollaron fueron los Centros de Salud de Santa María de Gracia, Barrio del Carmen y Molina de Segura, todos ellos en la Región Murciana.

El esquema general del estudio responde a la metodología de evaluación y mejora de la calidad<sup>12,13</sup>, aunque las evaluaciones específicas se realizan según las indicaciones de la evaluación de la docencia en las Ciencias de la Salud<sup>6,10</sup>. El objetivo del análisis del curso 90-91 (la 1.ª evaluación), fue comprobar si los resultados a partir del cumplimiento de objetivos alcanzados en los tres Centros eran comparables, tanto a nivel de:

I) Puntuación, como de II) Dificultad de los diferentes objetivos inter e intracentros. Ante la eventualidad de encontrarnos con resultados desiguales nos planteamos también saber si otros factores, como la época del año en que se realizaron las prácticas, influían en los resultados obtenidos.

La fuente de datos utilizada fue el cuaderno de prácticas de diseño propio, cuyo objetivo era evaluar los resultados de la do-

encia sobre MF y C realizada en atención primaria<sup>6</sup>. Las variables estudiadas fueron: A) Grado de consecución de los diferentes objetivos, medidos individualmente como variable dicotómica y a nivel de Centro como porcentaje de alumnos que los cumplieran. B) Puntuación alcanzada que se realiza calificando de 0 a 10 en función del número de objetivos alcanzados. C) Centro en que se hicieron las prácticas. D) Quincena del año en que se llevaron a cabo.

Analizamos el grado de consecución de seis objetivos educativos específicos: n.º 1 sobre Sistemas de Registro. n.º 2 sobre manejo de la información de la Historia Clínica. n.ºs 3 y 4 sobre identificación de Factores de Riesgo y medidas preventivas. n.º 5 sobre Programas de Salud y n.º 6 sobre funciones de los miembros del Equipo de Atención Primaria. En la tabla número 1 figuran los correspondientes objetivos específicos.

Tras comprobar las importantes diferencias inter e intracentros encontradas, diseñamos una serie de medidas correctoras para intentar resolver los problemas detectados y que los resultados de la segunda evaluación fueran menos heterogéneos, permitiendo

**TABLA 1**  
**Objetivos específicos de las prácticas de MF y C realizadas en Atención Primaria**

Obj. N.º 1: Sistemas de Información y Registro . . . . .	* Localizar 10 Historias Clínicas conociendo en 5 casos la fecha de nacimiento y en otros 5 el nombre del enfermo. * Registrar los 10 casos de EDO a partir de una hoja de movimiento diario de consulta.
Obj. N.º 2.: Resumir una Historia Clínica . . . . .	* Enumerar antecedentes sociofam., ambientales y de hábitos. * Identificar Problemas de Salud agudos y crónicos. * Otros aspectos: Entrevista. Relac. Médico-paciente, actitud paciente.
Obj. N.º 3.: Identificar factores de riesgo . . . . .	* Identificar los fact. de riesgo conocidos y las enfermedades para las que se supone un riesgo en tres Historias Clínicas.
Obj. N.º 4.: Identificar medidas preventivas . . . . .	* Enumerar en las tres historias anteriores medidas preventivas adecuadas, realizadas y no realizadas.
Obj. N.º 5.: Programas de Salud . . . . .	* Asistir al menos a tres controles en consulta programada. * Evaluar en una historia las act. de detección, control y seguimiento de un programa.
Obj. N.º 6.: Tareas del Equipo de Atención Primaria . . . . .	* Enumerar todos los componentes Equipo y 3 tareas de cada uno de ellos.

unas condiciones previas a la realización de las prácticas que determinarían una dificultad similar en los tres centros:

- Definir una escala común de puntuación para cada uno de los objetivos, lo que nos permitiría mejorar teóricamente los seis. Con anterioridad en cada centro se puntuaba cada objetivo con criterios subjetivos y propios.
- Fijar el mismo número de Historias Clínicas para la realización de los diferentes objetivos, que afectaría fundamentalmente a los n.ºs 3 y 4. El primer año un centro utilizó una, otro tres y otro cinco historias.
- Estandarizar las condiciones de entrega del cuaderno sin corrección previa de errores, que afectarían a todos los objetivos.
- Establecer un listado común de Factores de Riesgo y Medidas Preventivas a utilizar por todos los profesores, intentando homogeneizar los números 3 y 4.

Tras la puesta en marcha de las medidas correctoras, realizamos el estudio de los resultados obtenidos en el curso 91-92 (2.ª evaluación) comprobando las modificaciones realizadas<sup>12,13</sup>.

Se analizaron los datos por medio del paquete estadístico SPSS+. El estudio del curso 90-91, repetido después para el curso 91-92, consistió en:

I) Valorar la homogeneidad de las puntuaciones entre los tres centros, empleando el análisis de la varianza<sup>14</sup>. Para descartar la influencia de otras variables realizamos el examen de la puntuación por época del año en que se realizaron las prácticas, a través del test de comparación de medias independientes con prueba bilateral.

II) Valorar si los objetivos se alcanzaban más en un centro que en los otros, utilizando la  $\chi^2$  para comparación de proporciones<sup>15</sup>.

III) Valorar la dificultad comparativa intracentros para la realización de los diferentes objetivos, a través de la Q de Cochran<sup>16</sup>. Con ello pretendíamos averiguar si había o no homogeneidad en la dificultad de consecución de cada objetivo en comparación con los demás, dentro del mismo grupo de alumnos en cada uno de los centros.

Idénticos estudios se utilizaron para la reevaluación de los resultados del curso 91-92.

La comparación estadística de las diferencias entre los dos años la realizamos:

I) Valorando las diferencias en las puntuaciones de los resultados obtenidos los dos cursos, utilizando la comparación de medias para muestras independientes con prueba unilateral<sup>17</sup>.

II) Valorando si hubieron diferencias entre los dos años en el grado de cumplimiento de objetivos, a través del Test de Comparación de dos Proporciones<sup>15</sup>.

Finalmente, ante los resultados de la 2.ª evaluación que seguían apuntando la necesidad de mejorar en al menos dos de los objetivos, analizamos más en profundidad sus posibles causas con vistas a la introducción de nuevas medidas correctoras para los cursos siguientes.

## RESULTADOS

Durante el curso 90-91 realizaron las prácticas 128 alumnos de los que 63 eran varones y 65 hembras, con una distribución homogénea por centros. Las puntuaciones medias alcanzadas en cada uno de los tres centros mostraron diferencias significativas con una  $p < 0,00005$  (tabla 2). No se encontraron diferencias significativas en relación a la época del curso en que se realizaron las prácticas.

**TABLA 2**  
Media de puntuación por centros y año

<i>Media de Puntuación</i>			
	<i>Año n.º 1 (N)</i>	<i>Año n.º 2 (N)</i>	<i>Valor p *</i>
Centro A	7,31 (44)	8,28 (39)	0,009
Centro B	9,76 (43)	9,30 (38)	0,006
Centro C	8,97 (41)	8,29 (38)	0,026
Total	8,64 (128)	8,65 (115)	0,976
Vapor p**	< 0,0005	< 0,0005	

(\*) Valor de la p para las diferencias entre los dos años en cada uno de los Centros.

(\*\*) Valor de p para las diferencias entre los tres Centros cada año por separado.

En cuanto al análisis de la correcta realización de objetivos, detectamos diferencias significativas entre los tres centros (tabla 3) siendo la dispersión mucho mayor para los objetivos n.º 5 (Auditoría de Programas) y 6 (Funciones de Equipo de Atención Primaria). En el centro B se alcanzó casi de forma masiva el 100% de los objetivos como consecuencia de que se permitió la corrección de errores. El estudio a nivel intrínseco de cada centro también evidenció diferencias en la consecución de los seis objetivos ( $p < 0,001$ ). La dificultad fue variable alcanzándose en el centro A con mayor dificultad los

objetivos n.º 2 sobre resumen de historia clínica 5 y 6 y en el centro B el objetivo n.º 1 (Sistemas de Registro). La dificultad en el centro C fue sobre todo para los objetivos n.º 3 y 4 (Identificación de Factores de Riesgo y Medidas Preventivas).

Los problemas identificados, tratando de dar explicación a estos resultados del primer año fueron:

- Heterogeneidad intercentros al puntuar, usando diferentes métodos para evaluar.

**TABLA 3**  
Porcentaje de cumplimiento de objetivos por centro y año (año N.º 1)

<i>Porcentaje de cumplimiento de objetivos docentes</i>				
<i>Año N.º 1</i>	<i>Centro A N = 43</i>	<i>Centro B N = 44</i>	<i>Centro C N = 41</i>	<i>Valor p *</i>
Objet. N.º 1	100%	86%	100%	0,002
Objet. N.º 2	73,9%	100%	87,2%	0,001
Objet. N.º 3	82,6%	100%	76,9%	0,005
Objet. N.º 4	82,6%	100%	79,5%	0,008
Objet. N.º 5	47,8%	100%	97,4%	0,00005
Objet. N.º 6	52,2%	100%	97,4%	0,00005
Valor p**	< 0,0005	< 0,00005	0,002	

(\*) Valor de la p para las diferencias de cumplimentación de objetivos intercentros.

(\*\*) Valor de la p para las diferencias de cumplimentación de objetivos intracentro.

- Empleo en cada centro de un número diferente de historias clínicas para la realización de cada objetivo.
- Evaluación de los resultados, tras la corrección de errores, en uno de los centros.

En consecuencia, diseñamos una serie de medidas correctoras, tendientes a homogeneizar la escala de puntuación y permitir unas condiciones previas a la realización de las prácticas que mejoraran la fiabilidad de las evaluaciones.

El curso 91-92 evaluamos a 115 alumnos, 48 hombres y 67 mujeres. La media de puntuación por centros (Tabla 2) aún evidenció diferencias con una  $p < 0,0005$ , aunque presentó mayor homogeneidad, disminuyendo en el sentido buscado (Aproximación de los Valores Extremos hacia la Media). No hubo de nuevo diferencias por época del año.

La comparación de cumplimiento de objetivos entre los tres centros evidenció la homogeneización de los números 5 y 6, si bien de

nuevo hubo diferencia en los otros cuatro (Tabla 4). En el análisis intrínseco de cada centro hubo diferencias entre objetivos con una  $p < 0,001$ . La mayor dificultad de nuevo fue para los objetivos número 3 y 4 en el centro C. En los otros centros fue diferente la dificultad respecto al año anterior (objetivos 1, 2 y 6 en el Centro A y 3, 4 y 6 en el centro B).

En el análisis comparativo entre los dos años, no se detectaron diferencias significativas en la puntuación, aunque se comprobó una tendencia a la aproximación con diferencias más estrechas. Los Centros con puntuaciones más extremas (Media de 7,31 en el A y 9,76 en el B) se aproximaron a la puntuación media (8,28 y 9,30 respectivamente). A nivel de cada centro las medias de puntuación mostraron diferencias, consecuentes también a los cambios introducidos (Tabla 2).

Los resultados de la cumplimentación global de objetivos por año (Tabla 5) fueron similares para los n.ºs 1, 2, 3 y 6, realizándose mejor el primer año el n.º 4 ( $p < 0,05$ ) y el segundo el n.º 5 ( $p < 0,0001$ ).

**TABLA 4**  
**Porcentaje de cumplimiento de objetivos por centro y año (año N.º 2)**

<i>Porcentaje de cumplimiento de objetivos contables</i>				
<i>Año N.º 2</i>	<i>Centro A N = 43</i>	<i>Centro B N = 38</i>	<i>Centro C N = 41</i>	<i>Valor p*</i>
Objet. N.º 1	70,6%	100%	92,5%	0,0002
Objet. N.º 2	73,5%	100%	100%	0,00005
Objet. N.º 3	88,2%	90,2%	65,0%	0,0066
Objet. N.º 4	94,5%	82,9%	55,0%	0,0002
Objet. N.º 5	97,1%	97,6%	100%	0,5732
Objet. N.º 6	73,5%	87,8%	82,5%	0,2778
Valor p**	0,0086	0,0072	< 0,0005	

(\*) Valor de la p para las diferencias de cumplimentación de objetivos intercentros.

(\*\*) Valor de la p para las diferencias de cumplimentación de objetivos intracentro.

**TABLA 5**  
Cumplimiento de objetivos docentes por año

<i>Porcentaje de cumplimiento de objetivos</i>			
	<i>Año N.º 1</i> <i>N = 128</i>	<i>Año N.º 2</i> <i>N = 115</i>	<i>Valor p</i>
Objet. N.º 1	95,3%	88,7%	0,055
Objet. N.º 2	86,7%	92,2%	0,169
Objet. N.º 3	86,7%	80,9%	0,214
Objet. N.º 4	87,5%	76,5%	0,025
Objet. N.º 5	80,5%	98,3%	< 0,00005
Objet. N.º 6	82,0%	81,7%	0,952

Los resultados por debajo de los esperados en relación a la homogeneización de los objetivos n.º 3 (Factores de Riesgo) y 4 (Medidas Preventivas), nos llevaron a analizar las características de las historias clínicas, base de la realización de estos objetivos, encontrándose diferencias importantes. Así, la media de Factores de Riesgo que el estudiante debía identificar entre las tres historias utilizadas (objetivo n.º 3) fue de 13,9 (Desviación estándar 3,9) pero oscilando entre un máximo de 17,3 y un mínimo de 11,9 según centros. Para las Medidas Preventivas y de Promoción de Salud (objetivo n.º 4) la media fue de 7,7 (Desviación estándar 0,8) con un máximo de 9,2 y un mínimo de 6,5. Se identificaron correctamente un 71% de los Factores de Riesgo y un 66% de las Medidas Preventivas, aunque estos porcentajes se redujeron al 62% y 50% respectivamente, en el centro cuyas historias contenían mayor número de Factores de Riesgo y Medidas Preventivas a identificar.

## DISCUSION

La experiencia docente en pregrado sobre MFyC en nuestro país es limitada. Aunque hay algunas propuestas teóricas sobre

aspectos a desarrollar<sup>18</sup> y estudios centrados en la opinión de los estudiantes<sup>19, 20</sup>, no conocemos ninguna experiencia que se haya planteado la implantación de modelos de evaluación objetiva y con la incorporación explícita de la dinámica de la mejora continua.

Creemos que el desarrollo de un método de objetivos cuantificados permite la medición y comparación de resultados obtenidos en diversos centros de salud y supone una experiencia innovadora en este medio<sup>6</sup>. La evaluación y mejora de la calidad es aplicable en el medio docente y permite una mejora continuada en el proceso evaluativo<sup>17, 13</sup> o cualquier otra actividad sometida a esta metodología.

En nuestro estudio detectamos como causa de la diferencia intercentros la falta de homogeneidad en los criterios de evaluación y en las condiciones previas a la realización de objetivos, aspectos dependientes de una desigual forma de desarrollar y evaluar las prácticas. Otros aspectos como el sexo o la época del año en que se realizaron las prácticas, independiente de aquellos problemas, no influyeron de hecho en la puntuación obtenida.

Tras la puesta en marcha de las medidas correctoras, conseguimos mejoras en los re-

sultados del proceso evaluativo. Los objetivos que tuvieron mayor dispersión el año 90-91 (n.º 5 y 6), que eran los de interpretación más subjetiva en su evaluación, fueron los más homogeneizados, desapareciendo las diferencias el segundo año. Los otros cuatro objetivos, cuya evaluación era menos dependiente de interpretaciones, presentaron diferencias significativas, aunque disminuyó su disparidad, mejorando de forma global la fiabilidad del proceso<sup>6</sup>.

Uno de nuestros objetivos era igualar las puntuaciones de los tres centros. Aunque el segundo año siguieron existiendo diferencias, lo que evidencia que las medidas correctoras no fueron suficientes, nos parece que hay aspectos positivos a valorar. Detectamos una tendencia a la aproximación de las puntuaciones, propendiendo los Centros con puntuación extrema hacia la media. Otro aspecto que también tendió a disminuir fue la dificultad interna de cada Centro para alcanzar los objetivos docentes.

El mantenimiento de la variabilidad en la dificultad para realizar algunos objetivos, sobre todo los n.º 3 y 4, para los que se habían introducido más modificaciones, evidencia la necesidad de buscar nuevas medidas correctoras de los problemas, supuestamente implicados en la falta de uniformidad entre los diferentes centros. Por ejemplo, la realización del estudio ha permitido señalar diferencias importantes en las características de las historias clínicas seleccionadas en cada centro de salud para la realización de las prácticas, que apuntan a una mayor dificultad cuanto mayor es el número de apartados a descubrir. Por tanto, aspectos como la homogeneidad de las historias clínicas seleccionadas han de ser tenidos en cuenta en la confección y futuras evaluaciones de las prácticas, intentando que su dificultad intrínseca sea similar. Otro aspecto a tener en cuenta es la necesidad de monitorizar el proceso evaluativo, evitando retrocesos en los aspectos corregidos y permitiendo una mejora continuada en la calidad del proceso docente. Pensamos que, tras la realiza-

ción de este estudio iniciamos una dinámica a seguir, pues los resultados obtenidos nos invitan a continuar en la misma línea de mejora continua de nuestra labor docente.

Por último, a raíz de los resultados del estudio podemos concluir:

a) El método de objetivos cuantificados es útil para su aplicación en la docencia de pregrado de MF y C, y permite medir los resultados de proceso docente de forma objetiva.

b) La metodología de Evaluación y Mejora de la calidad es válida para su aplicación en el medio docente.

c) La mejora de los resultados del proceso docente precisa una monitorización que nos permita detectar y corregir los problemas identificados, de una forma continuada.

Como reflexión final, pensamos que la autoevaluación de la propia capacidad docente y la consecuente calidad de la docencia debe ser obligación de todo profesor.

## BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Los objetivos de la Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1987: 117-142.
2. World Federation for Medical Education. "The Edimburg Declaration". World Federation for medical education report. 7-12 August. Edimburgo: WFME, 1988.
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. Primary Health Care in Undergraduate medical education. Copenhagen: WHO, 1984.
4. OMS. Requisitos mínimos internacionalmente admisibles para la enseñanza de la Medicina. Serie de informes técnicos n.º 239. Ginebra: OMS 1962.
5. OMS. Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous. EUR/RC37/Inf. Doc. 10. Copenhagen: OMS, 1977.
6. Guilbert JJ: Educational Handbook for health personnel. 7.ª ed.. Ginebra: OMS 1987.

7. Miller GE: La enseñanza impartida a grupos numerosos. En: Cuadernos de Salud Pública n.º 61. Ginebra: OMS, 1975.
8. Perlmutter S: Dinámica del aprendizaje en grupo. En: Cuadernos de Salud Pública n.º 61. Ginebra: OMS, 1975.
9. Martín Zurro A, Cano Pérez JF: La formación de Atención Primaria. En: Martín Zurro A; Cano Pérez JF; Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 2.ª ed. Barcelona: Ed Doyma, 1989.
10. McGuire CH: Evaluación del profesorado y la eficacia docente. En: Cuadernos de Salud Pública n.º 61. Ginebra: OMS, 1975.
11. Rotem A; Abbatt FR: La autoevaluación de los profesores del personal de Salud. Mejoramiento de la función docente. Pub. offset n.º 68. OMS, 1982.
12. Palmer RH: Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria, 1989.
13. Otero A; Saturno PJ: Evaluación y control de calidad en Atención Primaria. En: Martín Zurro A; Cano Pérez JF; Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 2.ª ed. Barcelona: Ed. Doyma, 1989.
14. Etxeberría J; Joaristi L; Lizasoain L: Programación y análisis estadísticos básicos con SPSS/PC+. Madrid: Paraninfo, 1990: 219-31.
15. Etxeberría J; Joaristi L; Lizasoain L: Programación y análisis estadísticos básicos con SPSS/PC+. Madrid: Paraninfo, 1990: 195-203.
16. Etxeberría J; Joaristi L; Lizasoain L: Programación análisis estadísticos básicos con SPSS/PC+. Madrid Paraninfo, 1990: 306-7.
17. Etxeberría J; Joaristi L; Lizasoain L: Programación y análisis estadísticos básicos con SPSS/PC+. Madrid: Paraninfo, 1990: 204-8.
18. Menárguez JF; Gomez-Calcerrada D; González Díaz M; Saura J: La Docencia de Atención Primaria de Salud en Pregrado. Un estudio Delphi. Atenc Prim 1992; 10: 876-80.
19. Quirce F; Gil VF, Uris J et al. Formación de Pregrade en Atención Primaria: seis años de experiencia en la Universidad de Alicante. Atenc Prim 1993; 11: 281-6.
20. Otero A. Carreira J; Villamor J: Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina. Evaluación de la rotacion por centros de Salud. Aten Prim 1992; 9: 512-5.